

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 92

Contribution à l'étude
de la
fuso spirillose buccale
à propos de quelques formes atypiques :
Glossite nécrosante

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Novembre 1930.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien RAFFALLI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 15 Juin 1904 à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône)



LYON

Imprimerie BOSCH Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

Contribution à l'étude de la FUSO SPIRILLOSE BUCCALE
à propos de quelques FORMES ATYPIQUES
Glossite nécrosante

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 92

Contribution à l'étude
de la
fuso spirillose buccale
à propos de quelques formes atypiques :
Glossite nécrosante

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Novembre 1930.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien RAFFALLI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 15 Juin 1904 à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL DE LA FACULTÉ



Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE
Assesseur M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LAUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	GOLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance RHENTER
Chirurgie expérimentale TAVERNIER
Applications du radium NOGIER
Stomatologie TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS,, président ; DUFOURT, assesseur ;
GATÉ et REBATTU, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de mon affection et
de la reconnaissance infinie que je vous
dois.

A MA SŒUR HENRIETTE

Compagne des heures difficiles, nous
l'assurons ici de tout notre amour fra-
ternel et de toute notre gratitude.

A MA SŒUR MADELEINE, A MON BEAU-FRÈRE

A MES NIÈCES ANNIE ET JACQUELINE

A CEUX QUI M'ONT DONNÉ LEUR AMITIÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Lyon
Officier de la Légion d'honneur*

Pour l'honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de notre Jury
de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GATÉ

Nous le remercions ici du sujet de
thèse qu'il nous a inspiré et du pré-
cieux enseignement qu'il nous a donné
dans son service des Chazeaux.

Nous garderons le souvenir le plus
agréable de l'accueil que notre Maître
nous a toujours réservé.

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LYON

A MES MAITRES DES HOPITAUX CIVILS
ET DES HOPITAUX MILITAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude de la FUSO SPIRILLOSE BUCCALE
à propos de quelques FORMES ATYPIQUES

Glossite necrosante

Introduction

On observe fréquemment des ulcérations linguales d'origines diverses ; nombreuses sont celles qui sont dues à une irritation d'origine dentaire. Ces dernières sont en général assez bénignes et trop banales pour qu'elles retiennent notre attention.

Le sujet de notre thèse tire justement son intérêt de la rareté des cas où l'ulcération linguale relève de causes multiples, l'irritation d'origine dentaire étant renforcée par l'action pathogène de la symbiose microbienne fuso-spirillaire.

Aussi ces lésions prennent-elles un caractère tellement différent des simples ulcérations linguales, que le terme de glossites sous lequel nous les désignons, nous paraît entièrement justifié.

Ces glossites que nous avons observées au cours de stomatite ulcéro-membraneuse, doivent être regardées comme des localisations anormales de l'association microbienne fuso-spirillaire. En effet, nos recherches historiques faites sur la stomatite ulcéro-membra-

neuse, ne nous ont pas permis de trouver un seul cas de glossite rattaché à la symptomatologie classique de la gengivo-stomatite ulcéro-membraneuse. D'ailleurs, nous avons jugé indispensable d'écrire un chapitre de *rappel de notions classiques* avant de présenter les *deux observations inédites* dues à l'obligeance de notre maître, M. le Professeur agrégé Gaté. Par suite du petit nombre de nos observations ce travail présente peut-être un développement assez réduit, mais nous nous sommes uniquement proposé de relater ces cas particuliers tels que la clinique nous les a montrés, rapportant les faits tels que nous les avons vus, sans ajouter à nos observations les interprétations par trop hypothétiques et sans grande valeur.

C'est pourquoi le chapitre de *Pathogénie* est court, ne comprenant que les idées classiques qui sont celles que nous admettons, et quelques interprétations que nous relatons pour être complet, mais dont l'originalité et la complexité suffisent à ne pas entraîner notre adhésion, tant il est vrai, même en pathogénie, que l'explication la plus simple est toujours la meilleure.

Au chapitre de *Thérapeutique* nous avons cité tous les traitements proposés, indiquant au sujet de quelques-uns les résultats que nous avons constatés de nous-même.

Historique

Les premières études notoires des maladies de la bouche, dues à l'association microbienne fuso-spirillaire, sont l'œuvre des médecins de l'Empire.

En 1793, lors de la campagne d'Italie, Desgenettes, et après lui Larrey, Montgarin (campagne d'Espagne 1810), sont appelés à soigner une affection de la bouche qui prenait rapidement la forme épidémique dans les rangs des armées de l'Empire.

En 1818, Bretonneau, qui soignait alors un grand nombre de diphtéries, ne distingue pas la stomatite fuso-spirillaire comme une entité morbide, et croit avoir affaire à une complication de la diphtérie qu'il appelle diphtérie buccale. Les épidémies de stomatites se développent toujours : en 1818, c'est la légion de Bourbon-Vendée, alors à Tours; plus tard, les garnisons de Rochefort puis de Carcassonne.

Cependant la confusion étiologique persiste jusqu'en 1838, époque à laquelle Taupin commence à établir la différence entre la stomatite diphtérique vraie et la stomatite ulcéro-membraneuse.

En 1859, J. Bergeron relate l'épidémie observée en 1856 au Val-de-Grâce, et fait paraître plus tard son étude sur les stomatites ulcéreuses des soldats,

qu'il identifie avec la stomatite couenneuse, encore appelée stomatite des enfants, diphthérique, ulcéreuse.

Cependant, à la lueur des nouvelles idées bactériologiques, la question allait faire un pas en avant vers la vérité. Pasteur et Netter avaient remarqué la présence de fuso-spirilles à la surface des ulcérations que Bergeron les avait priés d'examiner au microscope. Cette découverte permet à Bergeron de donner, en 1883, une description magistrale de stomatite ulcéro-membraneuse : « C'est, dit-il, une maladie spécifique, « contagieuse, et caractérisée anatomiquement à sa « période d'état, par des ulcérations de forme et « d'étendue variables, qui peuvent se développer sur « tous les points de la cavité buccale, mais qui ont « une prédilection pour les gencives et la face interne « des joues, et qu'accompagnent toujours une salivation abondante, une fétidité extrême de l'haleine, « et un engorgement plus ou moins prononcé des « ganglions sous-maxillaires. »

Par ces idées nouvelles de spécificité et d'épidémicité, que Bergeron avait de la stomatite ulcéro-membraneuse, l'étude de la maladie s'approchait de nos connaissances actuelles, mais Catelan et Maget exposent une thèse contraire, niant la contagiosité de la maladie, et même la possibilité d'inoculation. Ces auteurs signalent l'influence de l'état défectueux de la denture et de l'irritation due à une poussée dentaire dans l'apparition et la persistance de la stomatite. A l'appui de sa thèse, Maget montre que la maladie sévit particulièrement de 19 à 27 ans, période correspondant à la poussée tardive et souvent pénible des dents de sagesse.

Cette tentative d'explication par cause uniquement mécanique entraîne de nombreux adeptes et parmi eux Magitot, en 1888.

Ainsi, jusqu'à cette époque, personne n'avait accordé au germe pathogène l'importance qu'il mérite dans l'étiologie de la maladie, et ce n'est qu'en 1890 que Galippe s'attachera à démontrer le rôle primordial que peuvent jouer les micro-organismes de la cavité buccale, devenus virulents sous l'influence de modifications du milieu.

Galippe prétend même que toutes les stomatites, quelle que soit leur forme clinique, sont causées par la flore buccale qui, de saprophyte, devient pathogène sous l'action adjuvante de certaines causes telles que les modifications de la composition chimique de la salive, présence de sels de mercure, de bismuth et surtout irritation muqueuse due à une poussée dentaire.

Ainsi, en cinquante ans, les théories tour à tour soutenues ont, malgré leurs erreurs, apporté chacune un élément d'exactitude qui va permettre de donner une juste explication de la stomatite ulcéro-membraneuse et d'attribuer à cette maladie la place qu'elle doit occuper dans le chapitre de la pathologie buccale.

C'est à cette époque, où les différentes thèses se partagent les opinions des savants, que nous devons placer les recherches du Professeur Vincent, qui réussit pour la première fois à isoler des fausses membranes de la bouche et de la gorge d'un malade, un germe dont il fit l'agent causal spécifique de la stomatite ulcéro-membraneuse.

En 1893, J. Bernheim, faisant également des recherches bactériologiques sur des malades porteurs de stomatites, avait signalé l'existence d'un bacille offrant les plus grandes analogies avec le bacille étudié par Vincent. Mais il convient de signaler que si Bernheim fut le premier à parler du bacille fusiforme, c'est à H. Vincent que revient le mérite d'avoir établi le rapprochement étiologique qui existe entre la stomatite ulcéro-membraneuse et le b. fusiforme. En effet, ce n'est qu'à l'occasion des communications de Bernheim, que le Professeur Vincent publia le résultat de ses recherches célèbres faites sur l'angine diphtéroïde, et qu'il décrivit l'association du bacille fusiforme et du spirille, cause de cette maladie et de la stomatite ulcéro-membraneuse. H. Vincent donne la description morphologique et les propriétés biologiques de cette association microbienne constante dans les affections buccales, association microbienne que l'on devait appeler depuis : symbiose fuso-spirillaire de Vincent.

Depuis ces découvertes de nombreux travaux ont été faits pour vérifier si l'identité microbienne de l'angine de Vincent et de la stomatite ulcéro-membraneuse était bien exacte. Le laboratoire a permis d'obtenir des cultures de bacilles fusiformes au moyen desquelles on a pu reproduire expérimentalement des lésions d'amygdalites chancrelleuses et de stomatites ulcéro-membraneuses. Aussi la plupart des auteurs, Dopter, Sacquépée, Sabrazès, Jacques, Carnot et Fournier, Chavigny, concluent à l'identité des deux affections. Pour Lebedinsky, la stomatite ulcéro-membraneuse

serait due au polymicrobisme buccal et les observations, les raisons que fournit cet auteur, sont assez bonnes pour qu'on reconnaisse, aujourd'hui encore, qu'à côté des cas de stomatites ulcéro-membraneuses dues à l'association fuso-spirillaire, qui sont les cas les plus nombreux, il existe aussi des stomatites de même allure clinique, où cependant l'agent microbien est tantôt un microbe pyogène (staphylocoque, streptocoque), tantôt un des microbes banaux de la cavité buccale.

Ainsi, malgré quelques divergences de vue, les études faites durant un siècle aboutissent à faire reconnaître la stomatite ulcéro-membraneuse comme une maladie spécifique, dont l'étiologie a dû admettre une à une toutes les causes que les différents auteurs regardaient, suivant les cas, comme la cause unique de la maladie.

De nos jours, une recrudescence des infections buccales à symbiose fuso-spirillaire nous a donné l'occasion de parfaire l'étude de la maladie. Durant la dernière guerre, le pourcentage de l'angine de Vincent est passé de 2 à 8 % et même 25 % en 1919. Lange note une épidémie de stomatite chez les soldats allemands. Les Anglais et les Américains, que l'on cite volontiers comme des exemples d'hygiène, n'en furent pas exempts. Bouty, Dyas Campbell citent des cas très nombreux de « Trench's mouth ». Si l'on considère que le pourcentage est allé en augmentant, de 1914 en 1919, on comprendra qu'à la contagion, qui est le facteur constant, ont dû s'ajouter d'autres facteurs tels que la carence alimentaire et la moindre résistance des hommes.

Aujourd'hui, que la forme classique de la stomatite ulcéro-membraneuse a acquis droit de cité dans le chapitre de la pathologie buccale au prix d'une longue série de recherches et de polémiques scientifiques, il convient qu'à nos observations cliniques quotidiennes nous sachions rattacher aussi certains cas de stomatites ulcéro-membraneuses qui, par des caractères particuliers, paraissent se différencier de la forme classique et risquent ainsi d'égarer notre diagnostic.

Ce sont des exemples de ces cas particuliers que nous a fait remarquer, dans son service de *Dermato-Syphiligraphie des Chazeaux*, à l'Hôpital de l'Antiquaille, M. le Professeur agrégé Gaté, qui a bien voulu nous transmettre les observations qui feront l'objet de notre thèse.

Rappel de notions classiques

Qu'il nous soit permis de situer ici les idées classiques acceptées aujourd'hui sur la stomatite ulcéro-membraneuse, sur son étiologie et sa pathogénie ; à la suite de ce chapitre nous donnerons l'observation qui fait l'objet de notre thèse.

Dans leur traité de stomatologie, Gaillard et Nogué résument en ces quelques mots l'étude clinique de la stomatite ulcéro-membraneuse : « Cette stomatite est
« caractérisée par des ulcérations multiples, siégeant
« au niveau des gencives et sur la face interne des
« joues, mais pouvant s'étendre parfois à toute la
« bouche et s'accompagnant de salivation abondante,
« d'adénopathie, de courbature et de fièvre. »

Les lésions qui siègent sur la muqueuse buccale, soit sur les gencives, soit sur les joues, soit sur le voile du palais, débutent par une plaque légèrement saillante, remplie de sérosité, cette lésion phlycténoïde se déprime ensuite en son centre tandis que le pourtour dessine un liseré grisâtre. Telle est la lésion primitive. A ce stade là, elle est indolore et le malade, croyant à une affection sans gravité, ne consulte pas le médecin. Le médecin voit les lésions plus tard, lorsqu'elles s'ulcèrent et deviennent douloureuses.

L'ulcération évolue du centre à la périphérie et s'étend aussi de proche en proche.

A la période d'état, l'ulcère présente un fond gris ecchymotique, recouvert par un magma formé d'éléments sanguins et de débris épithéliaux, les bords de l'ulcération sont décollés.

Si le traitement ne vient pas enrayer la marche du mal ces ulcérations s'étendent aux parties avoisinantes, gagnant ainsi la muqueuse des joues, le voile du palais, le pharynx, le larynx même. En profondeur également, la lésion peut atteindre le ligament alvéolo-dentaire qui acquiert très vite une laxité anormale, parfois même le périoste puis le tissu osseux sont atteints et la nécrose qui en résulte a pu en imposer parfois pour une ostéomyélite du maxillaire. Les auteurs qui ont observé des glossites au cours des stomatites ulcéro-membraneuses à fuso-spirilles ne parlent pas de l'évolution particulièrement sérieuse des lésions en ce point.

L'examen des lésions révèle un toucher douloureux, la base des ulcérations est infiltrée et les ganglions du territoire correspondant sont plus ou moins engorgés.

Parmi les symptômes généraux il y en a qui sont constants : la fièvre existe toujours, mais en général n'est pas très élevée, pourtant il est courant qu'elle soit accompagnée de prostration ; le malade est pâle, il souffre et ses douleurs sont exacerbées par la mastication et même par les simples mouvements de déglutition.

L'anorexie s'ajoutant à la dysphagie, le malade refuse toute alimentation et c'est avec peine qu'il fait des

mouvements de déglutition pour avaler une salive fétide et abondante ; en effet, l'hypersialorrhée et la fétidité de l'haleine sont des symptômes constants.

A côté de ces symptômes il peut en exister d'autres en rapport avec la localisation particulière des lésions.

Rien n'est plus irrégulier que l'évolution de la stomatite ulcéro-membraneuse. Les cas qui ont paru guérir spontanément, ou avec des soins insignifiants, ont récidivé peu de temps après. Dans tous les cas le traitement simple dont nous parlons plus loin entraîne une guérison certaine et durable.

Les examens microscopiques des exsudats prélevés sur les lésions de stomatite ulcéro-membraneuse ont toujours permis de reconnaître la même flore microbienne, quelle que soit la forme clinique de la maladie.

Au microscope, on voit :

1° de nombreux bacilles fusiformes, à Gram négatif, répondant à la forme du bacille décrit par Vincent ;

2° des spirilles moins nombreux, grêles et à extrémités très allongées ; la longueur des spirilles peut atteindre deux fois la longueur du bacille fusiforme ; le nombre de spires est irrégulier, le spirille pouvant ne former qu'une demi-boucle, ou prendre la forme d'un S allongé. Les spirilles sont également à Gram négatif, mais se colorent moins bien que les bacilles fusiformes.

Les recherches récentes tendent à prouver que le bacille fusiforme ne serait qu'une forme d'involution du spirille (Dejean). En effet, certains auteurs ont pu aboutir à l'association fuso-spirillaire en partant d'une culture pure de bacilles fusiformes.

Cette association microbienne est la même que celle découverte dans le noma, dans l'angine de Vincent, dans la pyorrhée alvéolo-dentaire, dans de nombreuses stomatites secondaires à des états pathologiques très différents, tels que diabète, brightisme, pyrexies diverses, grossesses et dans les stomatites d'origine chimique accidentelles ou médicamenteuses ; c'est également cette même association fuso-spirillaire qu'on a pu mettre en évidence dans certains cas de gangrène du fourreau de la verge. Dans tous ces cas, l'association fuso-spirillaire présentait les mêmes caractères morphologiques et les mêmes propriétés biologiques, aussi est-on en droit de penser que si cette association microbienne est un facteur réel de l'évolution de ces maladies, à côté de l'agent microbien doit se trouver pour chacune de ces différentes affections une autre cause qui, devenant parfois plus ou moins apparente, n'en demeure pas moins la cause première.

Que l'association fuso-spirillaire soit ou ne soit pas la cause efficiente, la présence constante dans les lésions de spirilles analogues par leur forme au tréponème pâle, devait amener les auteurs à se demander ce que devenaient les réactions sérologiques des humeurs des malades porteurs de tels foyers d'infection, et sans prétendre déduire quoi que ce soit de ces modifications sérologiques pour l'établissement du diagnostic, les auteurs ont cherché cependant quelle influence pourraient avoir sur les fuso-spirilles les composés arsénicaux, si actifs contre l'agent microbien de la syphilis.

Nous verrons plus loin quelles conclusions thérapeutiques ont été tirées de cette idée. Disons seulement, dans ce chapitre clinique, que fréquemment, au cours d'une infection buccale à fuso-spirilles, on a trouvé les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht positives et que cette sérologie est devenue négative par un simple traitement local.

Parmi les différentes formes cliniques de stomatites mentionnées dans les traités classiques de stomatologie et dans les diverses revues médicales, nous n'avons pas trouvé la forme clinique localisée à la langue. Les auteurs signalent des stomatites qui, suivant les cas, ont justifié les appellations respectives de stomatite diphthérique (Bretonneau), stomatite gangréneuse (Taupin), stomatite ulcéreuse spécifique (Bergeron), gengivo-stomatite couenneuse, chancre aquatique des soldats, stomatite nécro-hyménique ; et si l'on signale, à côté des formes catharrales et ulcéreuses simples, des formes plus graves phlegmoneuses, fongueuses et hypertrophiques, partout il est dit que ces formes, après être passées par la phase exsudative, aboutissent à la phase ulcéreuse banale, sans autre malignité particulière.

Tous les cas de glossites que l'on trouve relatés dans la littérature médicale sont attribués à la syphilis, à la tuberculose linguale ou à des tumeurs diverses. Notre intention n'est pas de discuter ces diagnostics, dont nous ne mettons même pas en doute l'exactitude, mais nous voulons seulement signaler que les glossites que nous avons observées et dont les observations sont reproduites ci-dessous, ont une symptomatologie

très rapprochée. C'est pour éviter une confusion possible que nous croyons utile de faire connaître dans ce travail les cas de glossites ulcéro-végétantes à tendance nécrotique, qu'il nous a été donné d'examiner.

Observations

OBSERVATION I

(Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Agrégé GATÉ)

Mlle X..., 15 ans, entre le 15 décembre 1928 dans le service de dermato-syphiligraphie des Chazeaux à l'Antiquaille pour des lésions de la pointe de la langue remontant alors à huit jours.

Le tiers antérieur de la langue était recouvert de fausses membranes épaisses, d'un blanc grisâtre ayant à la périphérie un aspect gangréneux nécrotique.

A la palpation les tissus sous-jacents étaient durs, infiltrés en masse. La douleur était très vive à l'occasion de tous les mouvements de la langue ; la parole et la mastication étaient de ce fait particulièrement gênées ; il existait un certain degré de gingivite discrète, toutefois elle était nettement visible au niveau des deux premières molaires inférieures droites, d'ailleurs cariées.

Nous pensâmes tout de suite à l'association fuso-spirillaire et de fait celle-ci fut trouvée en abondance dans les fausses membranes examinées. Par ailleurs, la recherche du bacille de Loeffler par les cultures fut négative.

Les fausses membranes enlevées avec difficulté montraient au-dessous d'elles une surface ulcérée et végétante.

Cette jeune fille présentait, de plus, à l'exclusion de tout autre signe de syphilis des lésions acnéiques diffuses du cuir

chevelu, ces dernières, il est vrai, remontant à plusieurs années. Nous n'avons pas trouvé d'hérédo-syphilis chez le sujet et la mère, que nous avons interrogée, nous a donné à cet égard toute tranquillité, en même temps qu'elle nous donnait sur sa fille des renseignements précis qui, joints à l'examen, à l'interrogation et à l'étude du psychisme de cette malade, nous laissent supposer qu'il n'y a pas eu de contamination. Toutefois le Bordet-Wassermann et le Hecht se montrèrent à ce moment très positifs.

Un traitement local fut entrepris : excision des formations pseudo-membraneuses, gargarismes fréquents à l'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée, badigeonnages au nitrate d'argent au 1/10, au bleu de méthylène à 1 %, pansements locaux au novarsénobenzol.

Ce traitement amena une modification sérieuse des lésions, mais il y a une dizaine de jours encore, bien que guérie à la pointe de la langue, la glossite paraissait s'étendre sur le bord droit et l'infiltration persistait.

L'examen du sang pratiqué à ce moment-là montra un pourcentage de globules blancs et de globules rouges à peu près normal. La formule sanguine était normale également.

La biopsie n'a montré que des lésions d'inflammation banale ; ceci permettant d'éliminer une tumeur lymphomateuse.

Par ailleurs, tout en continuant le même traitement local, on fit extraire les dents cariées situées en regard de la lésion linguale persistante.

Un mois après son entrée à l'hôpital, la malade était presque guérie. Plus de formations pseudo-membraneuses ; les ulcérations se sont réparées très vite et l'infiltration sous-jacente a disparu.

La réaction de Bordet-Wassermann est devenue négative, le Hecht demeurant encore faiblement positif. Les folliculites du cuir chevelu ont disparu par des applications soufrées.

La malade sort guérie.

Le 23 novembre 1929, cette malade revient dans le service. Elle présente à la face interne de la joue droite une ulcération

arrondie, de la dimension d'une pièce de 2 francs recouverte de fausses membranes grisâtres. Ces membranes enlevées, on voit une ulcération végétante irrégulière reposant sur une base faiblement infiltrée. La denture est en mauvais état: on compte encore quelques dents cariées. Au niveau de la première prémolaire inférieure droite il y a une très minime zone de gingivite.

La palpation du territoire ganglionnaire ne révèle pas d'adénopathie.

Le laboratoire révèle la présence d'innombrables fuso-spirochetes sur les fausses membranes.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

On reprend le traitement qui avait été institué au premier séjour. Très rapidement l'ulcération se déterge et la cicatrisation survient.

La malade sort guérie.

OBSERVATION II

(Inédite)

Mlle Jac... Jea..., 20 ans, vient à la consultation du service de dermatologie des Chazeaux le 4 octobre 1930.

Cette malade n'a rien à signaler dans ses antécédents et vient consulter pour des lésions de la muqueuse buccale qui ont débuté il y a un mois.

La malade a constaté à la joue gauche une tuméfaction qui est allée en augmentant légèrement. La douleur, d'intensité moyenne, n'a pas varié depuis le début de la maladie. L'examen de la bouche révélait au niveau de la muqueuse de la joue gauche une érosion de la dimension d'une pièce de cinquante centimes à contours anguleux, à bords irréguliers, décollés, blanchâtres; le fond de l'ulcération est tomenteux, d'aspect nécrotique et saignant facilement au grattage.

Cette première lésion évolue depuis un mois.

Au niveau de la langue, sur son bord gauche, se trouve une plaque nécrotique, recouverte d'un enduit blanchâtre fissuraire, simulant nettement une lésion syphilitique. Cette lésion linguale est apparue secondairement il n'y a que trois jours. La douleur, à son niveau, est assez vive. Au toucher, les ulcérations montrent une base nettement infiltrée.

L'état de la denture est peu satisfaisante, il existe même un certain degré de gingivite localisée entre les prémolaires inférieures gauches.

Des prélèvements sont effectués séparément sur la lésion linguale et sur la lésion jugale. L'examen microscopique révèle une grande abondance de fuso-spirilles sur l'une et l'autre lésion.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Après un traitement comprenant des lavages à l'eau oxygénée, des attouchements au nitrate d'argent au 1/10 suivis de pansements au novarsénobenzol, les lésions régressent.

Le 9 octobre, la malade revient guérie. On lui conseille cependant de surveiller l'état de sa denture.

OBSERVATION III

L'observation ci-dessous est due à MM. les Docteurs Goéré et Quérangal des Essarts, qui l'ont jugé d'un intérêt suffisant pour la communiquer dans la *Revue de Stomatologie* de novembre 1930. Nous nous permettons de la reproduire.

F... François, ouvrier auxiliaire à l'arsenal de Brest, âgé de 22 ans, marié et père d'un enfant, se présente à la consultation porteur d'une ulcération arrondie, siégeant vers la pointe de la langue à sa face inférieure et légèrement à droite de la ligne médiane. Cette ulcération, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, est parfaitement régulière et couverte d'un enduit jaune sale.

La lésion est apparue il y a deux jours sous la forme d'une érosion lenticulaire, devenue par accroissement progressif ce qu'elle est aujourd'hui.

L'ulcération n'est ni indurée ni douloureuse à la palpation digitale ; elle occasionne seulement au malade une sensation désagréable d'empâtement de la langue et aussi de la gêne lors de la mastication. Pas de douleurs locales ni irradiées. Pas d'œdème de la langue, dont les mouvements ne sont pas limités ; aucune altération de la muqueuse de la bouche et du pharynx. Amygdales de volume moyen, cryptiques. La denture est bonne.

Légère réaction ganglionnaire sous-maxillaire bilatérale, faiblement douloureuse. Température normale.

Par ailleurs rien à signaler ; le sujet est robuste, en bonne santé actuelle ; pas d'antécédents si ce n'est une tendance marquée aux angines (deux angines de Vincent vérifiées au laboratoire). Pas de passé vénérien. Pas de syphilis.

L'examen bactériologique de l'ulcération dénonce la présence de fuso-spirilles typiques en très grand nombre, associés à quelques microbes saprophytes banaux. Pas de tréponèmes, pas de bacilles de Koch, pas d'éléments mycosiques.

Le malade, dont l'ulcération est assez profonde, est traité par des lavages locaux fréquents à l'eau de Labarraque chaude. On fait ensuite, après les lavages, des attouchements de l'ulcération tantôt au novarsénobenzol, tantôt au bleu de méthylène. Ce traitement est complété par deux injections intra-veineuses de novarsénobenzol de 0,15 à 0,30 centigrammes. La réaction de Bordet-Wassermann était négative. Guérison complète au bout du dixième jour.

Pathogénie

Comment expliquer qu'une maladie comme la stomatite ulcéro-membraneuse, qui présente à l'ordinaire une symptomatologie assez fixe, puisse parfois revêtir une gravité anormale et surtout se localiser en des points qui sont d'ordinaire respectés dans les formes classiques.

Nous pensons que le problème qui se pose est moins de savoir comment se fait la localisation de l'infection à la langue, que d'expliquer pourquoi au cours des nombreux cas de fusos-spirillose buccale, la langue demeure indemne malgré le voisinage de nombreux foyers infectieux. Car la localisation de l'infection fusos-spirillaire à la langue obéit au même processus pathologique que les autres ulcérations muqueuses de la bouche : à l'occasion d'une irritation dentaire, la virulence de la flore microbienne buccale augmente, des points de gingivite apparaissent au niveau de la dent malade, dent de sagesse ou n'importe quelle autre dent. Que la muqueuse de la joue présente une petite lésion due à une cause quelconque, et immédiatement l'association microbienne trouvera dans cette anfractuosité muqueuse un milieu de culture tout à fait favorable. Ainsi se fait l'infection qui évolue

et se propagera de proche en proche à la faveur de la diminution passagère de la vitalité des tissus. Il en sera de même au niveau de la muqueuse linguale où l'agent microbien viendra infecter une ulcération d'origine dentaire. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de faire intervenir une pathogénie savante et obscure pour expliquer des lésions, que le simple bon sens explique.

Certains auteurs ayant eu à examiner des malades porteurs de lésions anormales dues à l'association fusospirillaire et concomitantes à des lésions de gingivo-stomatite ulcéro-membraneuse, ont cru utile d'expliquer la genèse de ces lésions anormales par « réflexopathie ». Ces auteurs, parmi lesquels MM. Bercher (Société de Médecine militaire française, 1922), David et Hecquet (*Presse Médicale*, Paris, 1920, page 54), s'appuient sur les travaux de Jacquet qui a bien établi que des troubles alvéolo-dentaires d'ordre irritatif, qui accompagnent une poussée dentaire, peuvent produire des manifestations secondaires diverses, telles que la pelade, l'herpès, le zona ou divers troubles vaso-moteurs : larmoiement, feu des dents. Par analogie, ces auteurs admettent qu'une dent infectée sert d'épine irritative et devient le point de départ d'un réflexe qui aboutira, en un point déterminé plus ou moins proche, à des troubles vaso-moteurs, diminuant ainsi la puissance de défense de la muqueuse en ce point et créant un réceptacle favorable à l'infection fusospirillaire développée déjà au niveau des gencives.

La défense d'une pareille théorie est difficile à faire,

d'autant que les arguments qu'utilisent ces auteurs : unilatéralité des lésions, et traitement des dents malades indispensable à la guérison, sont les mêmes arguments que ceux qui plaident en faveur de l'explication courante donnée pour toutes les ulcérations de la stomatite ulcéro-membraneuse.

Si le processus pathologique est le même pour les ulcérations linguales et les autres ulcérations plus communes, on peut cependant se demander pourquoi dans certains cas cette ulcération prend une forme nécrotique que l'on n'observe pas d'ordinaire. A la Société de Dermato-Syphiligraphie, en 1905, H. Vincent reconnaissait déjà, en parlant des manifestations de la symbiose fuso-spirillaire, que cette association microbienne nécessitait pour se développer une prédisposition générale ou locale particulière : « Les fuso-
« spirilles, disait-il, qui existent normalement dans la
« bouche des sujets sains, peuvent, lorsqu'ils trouvent
« un « réceptacle favorable », venir s'ensemencer
« secondairement à la surface de toutes les lésions
« ulcéreuses de la cavité buccale, aphteuse, herpéti-
« que, syphilitique surtout, qui offre une prédispo-
« sition spéciale à cette infection surajoutée. » Ainsi, suivant que le « réceptacle » sera plus ou moins favorable, la lésion sera plus ou moins grave. Nous pensons que l'état général du malade doit être incriminé en premier lieu pour expliquer l'évolution de ces ulcérations vers la forme gangréneuse. C'est du moins la conclusion que nous pouvons tirer des observations citées ci-dessus, où nous assistons au développement d'une forme de glossite gangréneuse chez deux ma-

lades dont l'état général est très déficient et qui avaient de plus une denture défectueuse qui augmentait encore la réceptivité du malade pour le germe pathogène. La troisième observation, qui est celle de MM. les Docteurs Goéré et Querangal des Essarts, est relative à un malade dont l'état général est parfait et la denture bonne. Chez ce malade, l'ulcération linguale était profonde mais ne présentait pas un caractère de gravité particulière.

C'est en somme ce que nous voyons pour les autres ulcérations des gingivo-stomatites, qui sont tantôt sans gravité et tantôt véritablement inquiétantes. Dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, en 1914, p. 1.240, M. Queyrat rapportait bien trois cas de stomatites qui avaient évolué vers la gangrène, aboutissant même, dans un des cas, à la mort du sujet. Dans ces trois cas, il s'agissait de malades en période de convalescence d'une maladie infectieuse pour laquelle ils étaient soignés. Ici aussi l'ulcération fuso-spirillaire a pu évoluer à la faveur de l'anergie consécutive à une maladie intercurrente.

En résumé, l'étude de nos observations, et des quelques cas recueillis dans la littérature médicale, nous fait conclure qu'au niveau de la langue, l'ulcération à fuso-spirilles obéit au même processus pathologique que sur les autres points de la muqueuse buccale et gingivale.

La question qui demeure cependant, et qu'il serait difficile de résoudre autrement que par des suppositions, est de savoir pourquoi, au cours des nombreuses gingivo-stomatites ulcéro-membraneuses, la langue

conserve le plus souvent toute son intégrité. En somme, si nous lisons les observations et les descriptions classiques des gingivo-stomatites ulcéro-membraneuses, il semble résulter que la langue jouit d'une certaine immunité naturelle vis-à-vis des fuso-spirilles.

Les inoculations de fuso-spirilles sur la muqueuse linguale saine sont restées négatives. Nous ne savons pas si expérimentalement on a tenté des inoculations sur une muqueuse linguale altérée, mais nous avons relevé dans le *Lyon Médical* de 1906, p. 687, un cas très instructif, rapporté par M. H. Moutot parmi onze cas de stomatites diverses. C'est l'observation de :
« Mlle Marg... G..., 21 ans, qui présente des ulcéra-
« tions typiques de stomatite ulcéro-membraneuse
« siégeant sur la voûte du palais, sur les gencives,
« et sur les joues ; la langue présente également une
« ulcération semblable aux autres. Les ulcération
« sont recouvertes d'un exsudat épais, blanchâtre,
« facile à dissocier. Pas d'antécédents à noter. Etat
« général actuel médiocre. Examen microscopique des
« exsudats prélevés séparément sur les différentes
« ulcération : Toutes les ulcération étaient bourrées
« de fuso-spirilles ; seule l'ulcération linguale ne
« contenait pas de fuso-spirilles mais uniquement des
« cocci et des leptothrix. »

Ce cas nous montre une répartition élective des fuso-spirilles qui, pour le moins inattendue, nous inviterait à croire que la langue n'est pas un réceptacle favorable aux fuso-spirilles, même lorsque sa muqueuse est altérée.

Ces faits nous obligent à admettre que la muqueuse

linguale est protégée contre l'atteinte microbienne. Ce respect de la langue est dû à plusieurs éléments :

1° Anatomiquement, la muqueuse linguale est plus résistante que celle des joues ou des gencives. De plus, il existe pour la langue une véritable semelle lymphatique située au-dessous de la muqueuse et qui constitue un élément de défense sérieux contre les germes pathogènes ;

2° Par les mouvements de déglutition qui se reproduisent si souvent au cours de la journée, par le passage de la salive sur la langue, la muqueuse linguale est constamment soumise à un nettoyage qui conserve à la langue une propreté beaucoup plus grande que les autres points de la muqueuse buccale et en particulier le sillon gingivo-labial qui abrite trop longtemps des déchets alimentaires qui doivent être un milieu de culture favorable pour la flore microbienne buccale.

Quoiqu'il en soit de la réalité de ces hypothèses pathogéniques, ce sont elles cependant que les cliniciens ont toujours suivies pour conduire rationnellement leurs indications thérapeutiques.

Traitement

En présence d'une glossite ulcéreuse, le gros écueil est de méconnaître que cette maladie peut être une manifestation atypique de l'association fuso-spirillaire. Une fois le diagnostic posé, il ne reste pas de difficulté, car en général les lésions ne résistent pas au traitement ordinaire que nous exposerons plus bas.

Nous ne nous étendrons pas sur la longue liste des médicaments qui ont été utilisés, notre intention étant de fixer ici les grandes lignes du traitement de la glossite fuso-spirillaire tel que nous le concevons aujourd'hui.

En face d'une ulcération linguale compliquée par l'association microbienne fuso-spirillaire, la logique nous invite à agir sur les dents malades, qui apparaissent sinon comme la cause du mal, du moins comme un facteur d'entretien.

Dans le service clinique de Dermatologie de M. le Professeur Nicolas, nous avons vu une pareille lésion linguale s'améliorer rapidement par la mise en place d'un simple appareil de protection qui empêchait ainsi l'irritation dentaire. Le traitement des dents malades est cependant bien souvent gêné lorsqu'on se trouve en présence d'une cavité buccale où la flore micro-

bienne est nombreuse et virulente. Et c'est pourquoi avant d'entreprendre tous travaux dentaires on établit dès le début un traitement de désinfection de la bouche et des lésions qui s'y trouvent.

Les lavages agissent bien plus par leur action mécanique que par la puissance des désinfectants qu'ils contiennent. Aussi peu importe qu'ils soient faits soit à l'eau bouillie tiède, soit avec une solution de liqueur de Labarraque, soit avec une solution d'eau oxygénée. Les lavages seront tièdes, fréquents, et faits très soigneusement. Leur rôle est d'entraîner les pseudo-membranes, formées de débris épithéliaux, et de préparer la lésion pour le deuxième temps du traitement.

Ce deuxième temps comprend le pansement des lésions. Ce pansement varie suivant les auteurs. On a conseillé des attouchements avec une solution d'acide chlorhydrique à 2 % saturée de bichromate de potasse. Le Docteur Jelinek a conseillé des congélations de la muqueuse lésée avec le chlorure d'éthyle pendant 10 secondes. Ce procédé agirait physiquement contre les spirilles qui sont très sensibles aux abaissements de température.

Mais les trois corps qui sont incontestablement les meilleurs et les plus employés sont le bleu de méthylène et le nitrate d'argent, avec lesquels on touche les lésions deux fois par jour, et le novarsénobenzol que l'on emploie localement en poudre ou en suspension dans de la glycérine.

Certains auteurs, en face de lésions étendues et gangréneuses, ont pensé que le traitement par le novarsénobenzol serait plus actif si on le faisait par

voie intraveineuse. Les résultats ont été inconstants, on a même vu des cas d'intolérance. MM. Delguet et Magimel citent, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, août 1929, le cas d'un malade qui, en plein traitement par du 914, a présenté une stomatite à fuso-spirilles et chez qui le 914 intraveineux ne faisait qu'aggraver l'affection.

On a tenté d'utiliser la voie intraveineuse en faisant des injections de cyanure de mercure. Les Docteurs Marcou et Mutzner, d'Ajaccio, ont obtenu de bons résultats par cette méthode. MM F. et G. Ginestet préconisent également l'emploi du cyanure de mercure dans la fuso-spirillose buccale.

Nous ne pensons pas qu'il soit utile d'emprunter la voie intraveineuse pour le traitement des glossites nécrosantes, pas plus qu'au cours des stomatites ulcéro-membraneuses. Le traitement par applications locales paraît même agir plus rapidement.

Nous nous en tiendrons donc à ces principes classiques, en conseillant cependant de surveiller très étroitement la denture des malades atteints d'accidents de stomatite ulcéro-membraneuse, et de ne pas négliger un état général déficient, qui nous est apparu comme une cause aggravante de l'affection buccale.

Conclusions

I. --- La stomatite ulcéro-membraneuse est une manifestation pathologique de l'association fuso-spirillaire qui se localise ordinairement sur la muqueuse buccale et gingivale, à l'exclusion de la langue.

II. — Parmi les formes atypiques, il existe des glossites d'origine fuso-spirillaire qui prennent volontiers une allure nécrotique ou végétante et se distinguent des autres lésions de la stomatite ulcéro-membraneuse par l'intensité des réactions inflammatoires du tissu sous-jacent.

III. — Ces glossites reconnaissent pour cause le même élément microbien que les autres ulcérations de la stomatite ulcéro-membraneuse ; mais pour expliquer leur caractère de gravité anormale, nous pensons que doivent intervenir également parmi les causes adjuvantes :

a) Une diminution de résistance générale de l'organisme ;

b) La persistance des causes d'irritation d'origine dentaire.

IV. — La réaction de Bordet-Wassermann peut devenir positive au cours d'une stomatite ulcéro-membraneuse en l'absence de toute syphilis.

V. — Le traitement des glossites reste le même que celui des formes classiques de stomatites ulcéro-membraneuses : lavages à l'eau oxygénée, attouchements au bleu de méthylène ou au nitrate d'argent, pansements au novarsénobenzol, enfin traitement indispensable des caries dentaires.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 15 Novembre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- BERCHER. — Contribution à l'étude des stomatites ulcéreuses avec symbiose fuso-spirillaire. (*Revue de Stomatologie*, Paris, 1920, p. 185).
- Etiologie et traitement des stomatites ulcéro-membraneuses. (*Revue de Stomatologie*, Paris, 1921, p. 65).
- Infections buccales fuso-spirillaires dans leurs relations avec le système dentaire. (*Soc. de Médecine militaire française*, 1922).
- BERGERON. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art.: Stomatite ulcéreuse des soldats.
- O. CLEWER. — Notes on our present knowledges of spirochaetal stomatitis, with special reference to the disease as it affects the troops. (*Journal royal army medical corps*, London, 1923, p. 285).
- CRUET. — Stomatite ulcéro-membraneuse et stomatite mercurielle. (*Revue de Stomatologie*, Paris, 1913, p. 425).
- DAVID et HECQUET. — Les lésions ulcéreuses de la bouche et du pharynx dans lesquelles on trouve le fuso-bacille de Vincent. (*Presse Médicale*, Paris, 1920, XXVIII, p. 54).

- DEJEAN. — Le bacille fusiforme est-il un spirochète transformé ? (*Gazette des Hôpitaux*, 7 janvier 1928).
- DELGUEL et MAGIMEL. — Doit-on traiter les stomatites ulcéro-membraneuses par le 914. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, août 1929).
- DEMONCHY. — Le traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse par le néosalvarsan. (*Congrès dentaire interalliée*, Paris, 1916).
- DUBOIS. — Contribution à l'étude des stomatites à symbiose fuso-spirillaire. (*Odontologie*, Paris, 1923, p. 427).
- DUPLAY. — Diagnostic des ulcérations de la langue. (*Bulletin médical*, Paris, 1898, p. 1.097-1.100).
- FARÉ. — Contribution à l'étude des stomatites ulcéro-membraneuse. (*Thèse*, Lille, 1898).
- FILLEUL (C.) — Contribution à l'étude des stomatites ulcéro-membraneuses. (*Thèse*, Paris, 1920).
- GAILLARD et NOGUÉ. — *Traité de Stomatologie*.
- GALIPPE. — Des microbes de la bouche. (*Journal des connaissances médicales*, 1887).
- Des gingivo-stomatites septiques. (*Journal des Connaissances médicales*, 1890).
- GATÉ, BOSONNET et MICHEL. — Un cas de glossite végétante au cours d'une stomatite ulcéro-membraneuse. (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, 27 janvier 1929).
- GATÉ et GIRAUD. — Stomatite ulcéro-membraneuse à forme nécrotique. Récidive. Traitement. (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, 19 décembre 1929).

- GINESTET (F. et G.). — Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse par les injections intra-veineuses de cyanure de mercure. (*Revue de Stomatologie*, juin 1929).
- Stomatite généralisée ulcéro-membraneuse. (*Revue de Stomatologie*, 1924, p. 316).
- GRENET. — Stomatites ulcéreuses. (*Gazette des Hôpitaux*, 30 mars 1909).
- HIRCHFELD. — Vincent's infection of the mouth. (*New-York Medical Journal*, 1923, p. 150).
- JACQUET. — Théorie de la sommation. (*Communication à la Société odontologique*).
- JELINEK. — Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse par la congélation. (*Monde Médical*, 1926).
- KATZENELLENGOBEN. — Glossite épidémique en Palestine. (*Dental Cosmos*, janvier 1929).
- KELSCH. — Stomatite ulcéro-membraneuse épidémique. (*Académie de Médecine*, 1904).
- LAGARDE. — Stomatite mercurielle, maladie fusospirochétairienne. Etude bactériologique et critique. (*Thèse*, Paris, 1909).
- LANGHLEN, WARNER, HOLMES. — So called Trench's mouth and other manifestations of Vincent's disease as a spreading infection in Canada. (*Canada Medical Association Journal*, Toronto, 1919, p. 345).
- LAVERGNE (DE). — Causes générales de l'altération de la muqueuse buccale ; influence sur l'éclosion de la fusospirochétairiose. (*Annales d'hygiène publique*, 1921, septembre).

- LEBEDINSKY. — Gingivo-stomatites et polymicrobisme buccal. *Thèse*, Paris, 1898).
- LE BLAYE. — Stomatite mercurielle traitée par le 606 (*Progrès Médical*, Paris, 1911).
- LESUEUR. — Recherches sur la stomatite ulcéro-membraneuse. (*Thèse*, Paris, 1900).
- LEVEN. — Le citron, médicament spécifique de nombreuses stomatites. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1918-19, p. 458).
- MARCOU et MUTZNER. — Traitement paradoxal de la stomatite ulcéro-membraneuse par les injections de cyanure de mercure. (*Monde Médical*, 15 janvier 1929).
- MARCOVICI. — Contribution à l'étude des gingivo-stomatites. (*Thèse*, Paris, 1926).
- MENDEL. — Gangrène de la langue d'origine très probablement syphilitique. (*Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*, 1894, p. 541).
- MILLER. — Die micro-organisme der mundhöhle. (Lepzig, 1892).
- MOUTOT. — Quelques cas de stomatite. (*Lyon Médical*, 1906, p. 687).
- NICLOT et MAROTTE. — L'angine de Vincent et les diverses déterminations de la symbiose du bacille fusiforme et des spirilles. (*Médecine Moderne*, 5 juin 1901).
- QUEYRAT. — Stomatites et angines ulcéro-membraneuses graves compliquées de gangrène de la bouche, guéries par deux applications d'arsénobenzol en poudre. (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1914, p. 1.240).

- RENAUX (A.-F.-A.). — Symbiose fuso-spirillaire et traitement par le 914. (*Thèse*, Paris, 1914).
- REYNES FONT. — Glositis ulcérosa de origen fuso-spirillar sin angina de Vincent ; contagion, curacion. (*Médecina de los ninos*, Barcelona, 1907, VIII, p. 208).
- SABRAZÈS. — Le stovarsol dans l'herpès et la stomatite ulcéro-membraneuse.° (*Gazette hebdomadaire de la Société médicale de Bordeaux*, 1924, p. 482).
- SEIMBILLE. — Contribution à l'étude des stomatites fuso-spirillaires et des troubles réflexopathiques. (*Revue odontologique*, mars 1924, p. 101).
- VIGNAL. — Recherche sur les microorganismes de la bouche. (*Archives de physiologie*, 1886-87).
- VINCENT (H.). — La symbiose fuso-spirillaire et ses déterminations pathologiques. (*Annales de Dermatologie*, 1905, mai).
- *Annales de l'Institut Pasteur*, 1896.
- Etiologie de la stomatite ulcéro-membraneuse. (*Société de Biologie*, Paris, 1904).
- WIDAL et DARRÉ. — Angine de Vincent et stomatite ulcéro-membraneuse. (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, Paris, 18 novembre 1904).
- ZUBER et PETIT. — Trois cas de gangrène buccale étudiés du point de vue bactériologique. (*Bulletin et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, Paris, 1912, p. 70).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
RAPPEL DE NOTIONS CLASSIQUES.....	17
OBSERVATIONS	23
PATHOGÉNIE	29
TRAITEMENT	35
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	41



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



